Où retourner votre demande d'Aide Remboursable ?

IMPORTANT : Si vous êtes agent hospitalier dans un établissement, votre dossier C.G.O.S de l'année en cours doit obligatoirement être constitué et enregistré pour que vous puissiez faire une demande d'Aide Remboursable.

CAS N° 1

Vous êtes :

- **agent hospitalier cotisant employé dans un établissement cotisant au C.G.O.S** (hors AP-HP et DOM TOM),
- **retraité** (ancien agent hospitalier ou ancien cotisant « isolé »*)
- **conjoint d'un agent hospitalier en activité ou « isolé »***

→ ***reportez-vous au département correspondant à votre établissement ou ancien établissement pour les retraités, ou établissement où travaille votre conjoint.***

- **agent cotisant « isolé »***

→ ***reportez-vous au département correspondant à votre domicile.***

**cotisant « isolé » : ne faisant plus partie de la Fonction Publique Hospitalière.*

24 Dordogne
33 Gironde
40 Landes
47 Lot-et-Garonne
64 Pyrénées Atlantiques

C.G.O.S AQUITAINE
2, rue Dubernat
33400 Talence

03 Allier
15 Cantal
43 Haute-Loire
63 Puy-de-Dôme

C.G.O.S AUVERGNE
26, rue le Corbusier
63808 COURNON Cedex

21 Côte-d'or
25 Doubs
39 Jura
58 Nièvre
70 Haute-Saône
71 Saône-et-Loire
89 Yonne
90 Belfort

C.G.O.S BOURGOGNE - FRANCHE-COMTÉ
Parc de l'Europe
1, rue Pierre Mendès France
21000 DIJON

02 Aisne
59 Nord
60 Oise
62 Pas-de-Calais
80 Somme

C.G.O.S NORD-PAS DE CALAIS - PICARDIE
7 allée du Tennis
Quartier Triolo - BP 90453
59658 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX

16 Charente
17 Charente-Maritime
19 Corrèze
23 Creuse
79 Deux-Sèvres
86 Vienne
87 Haute-Vienne

C.G.O.S LIMOUSIN - POITOU-CHARENTES
Route du Pré Saint-Yriex
87920 CONDAT SUR VIENNE

01 Ain
07 Ardèche
26 Drôme
38 Isère
42 Loire
69 Rhône
73 Savoie
74 Haute-Savoie

C.G.O.S RHÔNE-ALPES
140, rue du Commandant Charcot
69322 LYON CEDEX 05

04 Alpes de haute-Provence
05 Hautes-Alpes
06 Alpes Maritimes
2A Corse du Sud
2B Haute-Corse
13 Bouches-du-Rhône
83 Var
84 Vaucluse

C.G.O.S PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR - CORSE
Rue Nicolas Appert
83100 TOULON

11 Aude
30 Gard
34 Hérault
48 Lozère
66 Pyrénées-Orientales

C.G.O.S LANGUEDOC-ROUSSILLON
Résidence Verdiers Bât. C et D
209, rue Buffon - CS 50005
34074 MONTPELLIER CEDEX 3

08 Ardennes
10 Aube
51 Marne
52 Haute-Marne
54 Meurthe-et-moselle
55 Meuse
88 Vosges

C.G.O.S LORRAINE - CHAMPAGNE ARDENNES
Centre d'Affaires
109, Bd d'Haussonville - CS 44121
54041 NANCY CEDEX

44 Loire-Atlantique
49 Maine-et-Loire
53 Mayenne
72 Sarthe
85 Vendée

C.G.O.S PAYS DE LOIRE
8, avenue du Petit Clos
BP 41927
44319 NANTES CEDEX 3

18 Cher
28 Eure-et-Loire
36 Indre
37 Indre-et-Loire
41 Loire-et-Cher
45 Loiret

C.G.O.S CENTRE
3, rue Paul Langevin - CS 10011
45071 ORLÉANS CEDEX 2

75 Paris
77 Seine-et-Marne
78 Yvelines
91 Essonne
92 Hauts-de-Seine
93 Seine-Saint-Denis
94 Val-de-Marne
95 Val-d'Oise

C.G.O.S ILE-DE-FRANCE
Le Périscope
83/87, avenue d'Italie
75013 PARIS

22 Côtes d'Armor
29 Finistère
35 Ille-et-Vilaine
56 Morbihan

C.G.O.S BRETAGNE
7, boulevard Solférino - CS 84429
35044 RENNES CEDEX

14 Calvados
27 Eure
50 Manche
61 Orne
76 Seine-Maritime

C.G.O.S NORMANDIE
4, rue Jean Rostand
76144 LE PETIT QUEVILLY CEDEX

57 Moselle
67 Bas-Rhin
68 Haut-Rhin

C.G.O.S ALSACE - MOSELLE
Parc Tert. de la Meinau
7, rue de la Durance - CS 60228
67089 STRASBOURG CEDEX 1

09 Ariège
12 Aveyron
31 Haute-Garonne
32 Gers
46 Lot
65 Hautes-Pyrénées
81 Tarn
82 Tarn-et-Garonne

C.G.O.S MIDI - PYRÉNÉES
12, rue Viguerie CS 23016
31024 TOULOUSE CEDEX 3

CAS N° 2

Vous êtes :

- **agent cotisant d'un établissement de l'AP-HP ou des DOM-TOM**
- **agent cotisant non indicé** (d'un établissement de l'AP-HP ou médecin)
- **agent rattaché à une DRASS**
- **agent rattaché à une DDASS**
- **agent rattaché au Ministère de la Santé**

→ ***adressez votre demande d'Aide Remboursable CRH à l'adresse suivante :***

C.G.O.S - Service Aide Remboursable
101, rue de Tolbiac - 75654 Paris cedex 13

100% RECYCLÉ
Pour participer à la préservation de l'environnement et de la biodiversité, ce document est imprimé sur du papier 100% recyclé.

COMPLEMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS
La solution C.G.O.S

DEMANDE D'AIDE REMBOURSABLE

COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS

Nom.....

Prénom.....

(à remplir obligatoirement)

Si vous disposez d'une étiquette autocollante code-barre (fournie avec votre dossier C.G.O.S), merci de la coller dans ce cadre .

Mode d'emploi

Important : Pour pouvoir bénéficier de cette aide, il est impératif de **cotiser effectivement** à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers, ou d'en être allocataire.

Pour toute information sur les conditions d'attribution de l'Aide Remboursable, sur les barèmes de remboursements, reportez-vous aux documents téléchargeables sur internet (crh.cgos.info)

1 **Compléter la Demande d'Aide Remboursable** (pages 2 et 3)

2 **Joindre les justificatifs demandés** (voir page 3)

3 **Renvoyer la Demande d'Aide Remboursable avec tous les justificatifs demandés à l'adresse indiquée au dos de ce document** (voir page 4)

EDITION 2015/1

C.G.O.S
Améliorons notre Vie

DEMANDE D'AIDE REMBOURSABLE

IMPORTANT : Pour pouvoir bénéficier de cette aide, il est impératif de **cotiser effectivement** à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers, ou d'en être allocataire.

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de jeune fille : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
N° de téléphone personnel : ..... N° de téléphone professionnel : ..... Poste : .....
Situation de famille : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Divorcé(e) ❑ Veuf/veuve ❑ Pacsé(e) ❑ Concubin(e)

N° d'affiliation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers |_|_|_|_|_|_| Date d'affiliation |_|_|_|_|_|_|
Numéro de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé |_|_| Date de naissance |_|_|_|_|_|_|

Cochez la case qui vous correspond et fournissez les renseignements demandés

❑ **Vous êtes agent hospitalier**
N° C.G.O.S.* |_|_|_|_|_|_|_| Lettre |_|_|
Etablissement employeur de l'agent (à minima nom et code postal)
.....

❑ **Vous êtes cotisant « isolé »****

❑ **Vous êtes retraité(e) allocataire**
N° allocataire |_|_|_|_|_|_|_|_| Lettres |_|_|

❑ **Vous êtes conjoint d'agent hospitalier**
Précisez : Fonction exercée .....
Secteur d'activité .....

❑ **Vous êtes conjoint de cotisant « isolé »****
Précisez : Fonction exercée .....
Secteur d'activité .....

** Si vous ne vous souvenez pas de votre numéro C.G.O.S, ou si vous ne possédez pas de numéro C.G.O.S, contactez le correspondant de votre établissement.*
*** Cotisant « isolé » : ayant quitté la Fonction Publique Hospitalière.*

RESSOURCES ACTUELLES MENSUELLES	Montant en euros
Du demandeur (1) **:**	.....
Du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS (1) **:**	.....
.....	.....
Prestations familiales : ..... Allocations familiales	.....
..... Complément familial	.....
..... Allocation logement ou APL	.....
..... Allocation orphelin	.....
.....	.....
Pension alimentaire perçue (1) **:**	.....
Autres ressources diverses (1) **:**	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
(1) *Justificatifs à fournir* **Total**	.....€

CHARGES MENSUELLES OU PÉRIODIQUES	Montant en euros	Période (mois, trimestre, année)
Accession propriété (remboursement d'emprunt) :	.....	.....
Loyer et charges :	.....	.....
Charges copropriété :	.....	.....
Pension alimentaire versée :	.....	.....
	.....	.....
Crédits divers — Nature	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Total	.....€	

> Avez-vous déposé un dossier de surendettement auprès de la Banque de France ..... ❑ Oui ❑ Non
> Faites-vous l'objet d'un plan conventionnel établi par la Banque de France (surendettement) ? ..... ❑ Oui ❑ Non
> Faites-vous l'objet d'une saisie sur rémunération ? ..... ❑ Oui ❑ Non

COMPLEMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS
La solution C.G.O.S

IMPORTANT : si vous êtes agent,
votre Dossier C.G.O.S de l'année en cours doit impérativement être constitué en enregistré
pour que vous puissiez faire une demande d'Aide Remboursable

Veuillez énoncer avec précision l'objet de l'aide remboursable demandée : .....
Montant choisi* : .....
Durée de remboursement choisie* : .....

Justificatifs à joindre obligatoirement à la présente demande :

> **Si vous êtes agent hospitalier cotisant :** copie du certificat d'affiliation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers ou du dernier décompte de points (à défaut, joindre Allianz pour obtention d'un justificatif de cotisation), photocopie de votre dernier bulletin de salaire et justificatifs des revenus de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.
> **Si vous êtes cotisant « isolé »** ou cotisant « conjoint non hospitalier » :** échéancier des cotisations Complémentaire Retraite des Hospitaliers.
> **Si vous êtes allocataire :** justificatifs des pensions perçues et des revenus de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.
> **Dans tous les cas :** justificatifs de pension alimentaire perçue et des autres ressources diverses citées, Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) ou Caisse d'Épargne (RICE), **et obligatoirement** devis de moins de deux mois correspondant à la demande d'Aide Remboursable.

**voir barème et indiquer un seul montant et une seule durée, **cotisant «isolé» : ne faisant plus partie de la Fonction Publique Hospitalière.*

Si ma demande d'Aide Remboursable n'est pas acceptée lors de la prochaine commission mensuelle, je souhaite que celle-ci soit représentée automatiquement à la commission du mois suivant. ..... *(Cocher la case correspondant à votre choix)* ❑ Oui ❑ Non

Je m'engage à cotiser pendant toute la durée de remboursement de mon Aide Remboursable.
Si je choisis d'interrompre mes cotisations à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers, je m'engage à rembourser par anticipation le solde restant dû sur mon Aide Remboursable au moment de mon interruption de cotisation.
Je déclare sur l'honneur, que l'ensemble des éléments portés sur cette demande sont exacts, que je ne suis pas redevable de prêts ou autres Aides Remboursables que j'aurai omis de déclarer à la Commission. Si tout ou partie de la présente déclaration s'avérait contenir des inexactitudes ou omissions, je serai dans l'obligation de rembourser par anticipation l'intégralité du solde de l'Aide Remboursable Complémentaire Retraite des Hospitaliers qui resterait due au moment où ces faits seraient connus.

J'ai bien noté que je dois fournir dans un délai maximum de six mois la facture acquittée de l'achat que j'ai réalisé.
Cette facture doit correspondre au devis présenté (en nature d'achat et montant).

Date : .....

SIGNATURE DU DEMANDEUR :
précédée de la mention manuscrite **"lu et approuvé"**

Dans le cas où le demandeur de l'aide n'est ni célibataire, ni veuf/veuve :

SIGNATURE DU CONJOINT, CONCUBIN OU PACSÉ :

IMPORTANT : retourner obligatoirement par la Poste la présente demande + les justificatifs à l'adresse indiquée au dos de ce document.

EN CAS DE NON RÉPONSE COMPLÈTE AUX QUESTIONS DU PRÉSENT DOCUMENT, ET SI LA TOTALITÉ DES JUSTIFICATIFS DEMANDÉS N'EST PAS FOURNIE, VOTRE DEMANDE D'AIDE REMBOURSABLE COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS NE SERA PAS ÉTUDIÉE.

CADRE RÉSERVÉ AU C.G.O.S

Décision : ..... Délégué Régional C.G.O.S / Responsable Service Aide Remboursable
.....
.....
Date : .....

Conformément à la loi n° 78-17 du 6-178 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Un droit d'accès et de rectification est à votre disposition auprès du C.G.O.S - 101, rue de Tolbiac - 75654 Paris Cedex 13.